

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu José Barbosa da Silva, brasileiro, solteiro, mecânico,
(CPF. 008.687.168-47, RG 218.491-55P/PI, residente e
domiciliado na Rua Arthur Moreira Lima, nº
10, B. São Gonçalo, residente e
domiciliado na cidade de Parnaíba - Estado do
Piauí.

_____, por seus advogados que esta subscrevem, com
escritório à Rua Heitor Castelo Branco 3001, Ilhotas, nesta cidade, declaro que não posso
suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio
sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de
Justiça, nos termos dos arts. 98 a 102 do NCPC e na Lei 1.060/50.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a
declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

José Barbosa da Silva
Assinatura/Digital

Teresina/PI, 20 de Junho de 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0716883

POUPEAN DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 218.441 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/12/15

NOME JOÃO BARBOSA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MARIA BARBOSA DOS SANTOS
ANTONIO RODRIGUES DOS SANTOS

NATURALIDADE REGENERACAO-PI DATA DE NASCIMENTO 30/12/1956

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 10548 L 77 F 68

CPF EXP 04/03/88

TERESINA 008.687.168-47

ASSINATURA DO DIRETOR: J. D. MARQUES

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

CÓDIGO DE CONTROLE
8E74.733A.90D2.7CCF

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:39:38 do dia 13/05/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
008.687.168-47

Nome
JOAO BARBOSA DOS SANTOS

Nascimento
30/12/1956

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Crédito - Débito
Credidiário

Bradesco

4004 7579 1686 0557

4004 10/17 5791 6 0686055 9 01 00

VALIDADE ATE: 06/12/2017

JOAO BARBOSA DOS SANTOS

VISA

Fone Fácil Bradesco: 4002-0022 / 0800 570-0022

Assinatura Autorizada

333

PLUS

Banco24Horas

Dia & Noite

VISA

ELECTRON

SAC: 0800 721-1177 - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722-0999 - Ouvidoria: 0800 727-0933

CAIXA

POUPANCA

6277 8011 6024 2156

JOAO BARBOSA DOS SANTOS

1989 013 00067607-4 05/21

elo

DÉBITO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 2492

Assinatura autorizada

2156 574

Este cartão é pessoal e intransferível

Atendimento Comercial: 3004 1105 (Capitais e regiões metropolitanas)
0800 726 0505 (Demais regiões)
Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 000839400

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2016	31/08/2016	122	80,13

JOAO BARBOSA DOS SANTOS
R. JOAQUIM R MOTA 140 SAO GONCALIN B-URBANO

CDE: 00000868716847

DADOS DA LEITURA	kWh	DADOS DA LEITURA
Atual:		Atual:
Anterior:	12701	Anterior:
Constante de Multiplicação:	12579	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	1,000	Emissão:
Consumo Faturado:	122	Apresentação:
Forma de Faturamento:	122	Dias de Consumo:

Classe/Subclasse	Nº de Medição	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
JUL/16 107	CONSUMO 122 A R\$ 0,591143 =	72,11
JUN/16 94	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,44
MAI/16 118	CORRECAO MONETARIA IG 07/16-00	0,21
ABR/16 90	MULTA POR ATRASO 07/16-00	1,25
MAR/16 97	JUROS DE MORA DE IMPO 07/16-00	0,12
FEV/16 121		
JAN/16 128		
DEZ/15 167		
NOV/15 139		
OUT/15 153		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 122 - 0,439970		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

A COBRANCA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA, A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25. Parabéns! Até o dia 11/08/2016, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição:	Base de Cálculo:
Energia:	Alíquota ICMS:
Transmissão:	Valor do ICMS:
Encargos:	Valor do PIS:
Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	18,44 DIC			FIC			3,30 EMIC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite									
Realizado									
Conjunto	7,26	14,53	29,06	4,35	8,71	17,42	4,14		EUSD:
	0,00			0,00			0,00		

DROGARIA FAMÍLIA

DROGARIA FAMÍLIA LTDA ME

Av. Alberto Leal Nunes, 752 - Centro

CEP 64.490-000 - Regeneração - PI

NOTA FISCAL DE VENDA AO CONSUMIDOR

SÉRIE "D-1"

345

1ª VIA - Branca

2ª VIA - Amarela

DATA LIMITE PARA EMISSÃO: 16-09-2018

C.N.P.J. 22.102.011/0001-15 CAGEP 19.553.852-8 Data de Emissão: 02/03/2016

Nome: João Barbosa dos Santos CPF/CNPJ 008.687.168-47

Endereço: Joaquim R. Mota

QUANT.	UNID.	DISCRIMINAÇÃO DAS MERCADORIAS (Espécie, Qualidade, Marca, Tipo, Modelo, Número, etc.)	PREÇOS R\$	
			UNITÁRIO	TOTAL
01	AVC	Duo-Travetam colírio	104,00	104,00

VALOR TOTAL DA NOTA R\$
NÃO VALE COMO RECIBO

104,00

Assinatura Vendedor

GRÁFICA RIO MULATO - Nêide B. Soares Indústria e Com. MEE Rua Dr. Raimundo Campos, S/N - Regeneração - PI Fone(86) 3293-1731/99416-3089
e-mail: grmulato@gmail.com - Insc. Estadual 19.410.545-8 CNPJ 23.520.919/0001-01 ABIGRAF - PI 31 - Validade dos Blocos 03 anos
10 Blocos N.F.V.C. Série "D-1" 25x2 de 126 a 375 AIDF Nº 1320555036411 PAIDF Nº 274892 em 16/09/2015

DROGARIA SALUTE * A C MARTINS
RUA 01 DE MAIO, 632 CENTRO SUL
CEP: 64.000-430 * TERESINA - PIAUI *
CNPJ: 69.629.715/0001-04
IE: 19.427.351-2
IM: 076921-5
15/03/2016 10:02:39 CCF: 022406 CDD: 023662
CUPOM FISCAL
ITEM CÓDIGO DESCRIÇÃO QTD UN VL UNIT (R\$) ST VL ITEM (R\$)
001 00000000009853 DITETILPOLICILAXANE COLÍRIO
10ML 1UN X 70,00 11 70,00
TOTAL R\$ 70,00
Dinheiro 70,00
PV0000086363
MD-5: def9770815f8717a27e23fe59cc47871
Tot. Apr. Imposto: 18,73 26.75%(IBPT)
ERIVAN
Aplicativo:
SEIFISCA 1.20d Sei Informatica 86 32215792
8FMC6JLJ INNERHQD FRU<ATJJ 6FJ6AHJJ GRNCFBCN2EJT
BEMATECH MP-2100 TH FI ECF-IF
VERSÃO: 01.01.01 ECF: 003 LJ: 0001
0000000000WTOYORDII 15/03/2016 10:02:46
FAB: BE051475610000202302

BR

DMI



gruMedC

22/02/2016

Data/Hora 22/02/2016 07:05:49

Página1

PAGO Rosileide



Nome JOÃO BARBOSA DOS SANTOS
Sexo M RG 218441
Nascimento 30/12/1956 59 anos
Médico WILDAVES MUNIZ MACHADO
CONSULTA
Obs
Local --- VIA DO CLIENTE ---

Acomod:
Telefone 86988412621

Código 132331.09
Convênio PARTICULAR
Matrícula SN
Plano OFTALMOLOGISTA
Guia/Senha #706/
Atendimento 22/02/2016 07:04:00
Recepção KEILA

Código	Descrição	Qtd	Local	Guia	Solicitante	Cod.Mov	Va
10101012	Em consultório (no horário normal ou	1	CONSULTORIOS EM#706			132331.09	18

Ass.Cliente:

Venha buscar o resultado de seus exames. Após 3 meses (90 dias), os exames não entregues serão destruídos.
End.: R.Alvaro Mendes, 2256 Centro Norte Tel.(86) 3221-0099

NOTA FISCAL DE VENDA AO CONSUMIDOR

SÉRIE "D-1"

5884

1ª VIA - Branca

2ª VIA - Amarela

MARIA DAS GRAÇAS ALVES DA SILVA

Av. Alberto Leal Nunes, 290 - Centro

CEP 64.490-000 - REGENERAÇÃO - PI DATA LIMITE PARA EMISSÃO: 21-05-2018

C.N.P.J. 04.828.383/0001-41 CAGEP 19.448.796-2 Data de Emissão: 15/02/16

Nome:

Endereço:

QUANT.	UNID.	DISCRIMINAÇÃO DAS MERCADORIAS (Espécie, Qualidade, Marca, Tipo, Modelo, Número, etc.)	PREÇOS R\$	
			UNITÁRIO	TOTAL
01	ca	aspirador de pó	16,96	16,96
01	vd	molequet de timbre 0,5%	8,28	8,28
1				
1				

VALOR TOTAL DA NOTA R\$ (25,24)
NÃO VALE COMO RECIBO

Assinatura Vendedor

GRÁFICA RIO MULATO - Níside B. Soares Indústria e Com. MEE Rua Dr. Raimundo Campos, S/N - Regeneração - PI Fone/Fax (86) 3293-1731
e-mail: gruMedC@gmail.com - Ins. Estadual 19.410.545-8 CNPJ 23.520.919/0001-01 ABIGRAF - PI 31 - Validade dos Blocos 03 anos
30 Blocos N.F.V.C. Série "D-1" 25x2 de 5,601 a 6.350 AIDF Nº 1146555000002 PAIDF Nº 271924 em 21/05/2015

DROGARIA SANTA ISABEL
ADAO IRINEU LEAL - ME
PC SAO GONCALD, 206 - CENTRO *REGENERACAI

CNPJ: 12.071.569/0001-27 IE: 194075397
15/03/2016 16:28:22 CCF: 005154 C00
CNPJ/CPF Consumidor: 00868716847
NOME: JOAO BARBOSA DOS SANTOS
ENDEREÇO: RUA JOAQUIM R. MOTA

CUPOM FISCAL
ITEM CÓDIGO DESCRIÇÃO QTD UN. VL UNIT R\$ ST A/T VL
001 000000000038307 PREDNISONA 20MG C/20
1 CX X 12,00 F1 I
002 000000000023484 DNEPRAZOL 20MG 28CPR (DL)
1 CX X 14,00 F1 I
TOTAL R\$ 26

Dinheiro
P00000005109
MD-5: def9770815f8717a27e23fe59cc47871
Tot. Apr. Imposto: 3,69 14.19% (IBPT)
SAMIA

SEIFISCA 1.20d Sei Informatica 86 3221
0CA 40A64 36D61 CBF013 C4 6F50EE C5E1C 25
DARUMA AUTOMACAO MACH 1
ECF-IF VERSAO: 01.00.00 ECF: 001
DDDDDDDDDAEFFH1FDF 15/03/2016 16
FAB: DR0813BR000000382814



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2016

Carta nº: 9423859

A/C: JOAO BARBOSA DOS SANTOS

Sinistro:	3160275041 ASL-0862986/16
Vitima:	JOAO BARBOSA DOS SANTOS
Data Acidente:	01/02/2016
Natureza:	INVALIDEZ
Procurador:	

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

ATENTICAÇÃO A
CÓPIA DO BOLETIM

DE Ocorrência
NO FORUM

PREMIER A FRETAA

31601452158

8565

31601452158

Para João Barbosa dos Santos
Uso oral

① Vermoxo 500mg/20mg 01x
Tomar 1 cp sedor de cabeça

15/02/16

TUDO POR VOCÊ

Dr. Henrique Neivo Cavalcante
NEUROLOGISTA
CRM-PI 3566



Rua Paissandu, 1862
Fone: (86) 3131.1234
Fax: (86) 3223.4826
Teresina - Piauí

Dr. Israel Severo da Paz
OFTALMOLOGISTA
CRM-PI 1085 - CPF 099.702.743/68

o- Fletivo de 1R
1 gota 3x/dia

o ref

João Barbosa dos Santos

Consultas, Refração Computadorizada, Lente de Contato e Cirurgias
CRM-PI 1085 - CPF 099.702.743/68

OFTALMOLOGISTA

Dr. Israel Severo da Paz



HOSPITAL DE

HOSPITAL DE OLHOS

DR. ISRAEL SEVERO
OFTALMOLOGISTA

Consultas, Refração Computadorizada, Lente de Contato e Cirurgia.
CRM-PI 1085 - CPF: 099.702.743-68

gas Baubosc ds gent

noct

2. Durosol - 1 po. cp

↓ gotas ex/pece

Dr. Israel Severo da Paz
OFTALMOLOGISTA
CRM-PI 1085 - CPF: 099.702.743-68

57

HOSPITAL DE OLHOS

DR. ISRAEL SEVERO
OFTALMOLOGISTA

Consultas, Refração Computadorizada, Lente de Contato e Cirurgia.
CRM-PI 1085 - CPF: 099.702.743-68

gas Baubosc ds gent

noct

2. Diamox - 280

1/2 comp P/ace

2. Cont. cont. ex. - 2005
Tome 1/4 cas.

Dr. Israel Severo da Paz
OFTALMOLOGISTA
CRM-PI 1085 - CPF: 099.702.743-68

1/1

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CLÍNICA DE OLHOS

Dr. Israel Severo da Paz

OFTALMOLOGISTA

CRM-PI 1085 - CPF: 099.702.743/68

Rua 24 de Janeiro, 174 - Centro/Norte
Teresina - PI.

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

João Barbosa dos Santos

no lat

Q - Diprolopolipoloxame 1 Po Q

*1 seta 8x/dia
8h - 11h - 3h - 8h*

14.03.16

Dr. Israel Severo da Paz
OFTALMOLOGISTA

CRM 1085 - CPF 099.702.743-68

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

End

Cidade:

Telefone:

Org. Emissor

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: / /



ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO

MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone: 3293-1964 - CEP 64.490-000 - REGENERAÇÃO - PI

TRATAMENTO AMBULATORIAL

OBSERVAÇÃO
INTERMEDIÁRIA

Nome: *João Barbosa dos Santos*

Data de Nascimento: *30-12-1956*

CNS: *10:05 1ª Vez (Subsequente)*

Endereço: *Rua Antonio Moreira Ramalho 10 São Gonçalo*

Município: *Regeneração*

História Clínica:

Exame Físico:

Sinais Vitais: P.A. *140* x *100* mm Hg Glicemia capilar _____ MG/dl

TAXA: _____ °C Sat. O2 _____ % P. _____ bpm FR. _____ irpm

Outros Exames:

Hipótese Diagnóstica:

Exame ou Tratamento Solicitado:

Data: *03-09-16*

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS.: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina



RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE
Número de Série

Série A - Nº **663055**

Nome do paciente

JOÃO BARBOSA SANTOS

Endereço

Carimbo da Unidade de Saúde
17.577.205/0003-03
Hospital de Urgência de Teresina
Dr. Zenon Rocha
Rua Dr. Otto Tilo, 1820 - Redenção
CEP: 64.017-770
Teresina - PI
Número de Prontuário

Bairro

USO Ocular

EPITELAN POURADA OFTÁLMICA 1TB
APLICA NO OCUO AFETADO. 3 VEZES AO DIA
POR 7 DIAS

Dra. Mariana Aguiar
MEDICA OFTALMOLOGISTA
CRM - 3323

Dra. Mariana Aguiar
MEDICA OFTALMOLOGISTA
CRM - 3323

Data

29.02.16.



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL DR. FRANCISCO AYRES CAVALCANTE
Praça Pe. Virgílio, 167 - Centro - Fone: 3292-1130 / 1675 • CEP 64.400.000 - Amarante - PI



Nome:

Felipe Silva dos Santos

B
Proflam **0140**
I **1** **✓** **3**
500 **2** **45**

18/02/16

Adonias Albuquerque Prestes
Médico
CRM 959-PI

Data **29/02/16**

Assinatura



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL DR. FRANCISCO AYRES CAVALCANTE
Praça Pe. Virgílio, 167 - Centro - Fone: 3292-1130 / 1675 - CEP 64.400.000 - Amarante - PI



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: João Barbosa dos Santos		
Nº CARTÃO SUS: 20414658977702001 FONE: 86998143539		
DATA DE NASCIMENTO: 03.12.1956	PROFISSÃO: Torn. mecânico	SEXO: MASC. ☒ FEM. ☐
PAI: Antônio Rodrigues dos Santos		
FILIAÇÃO: MÃE: Maria Barbosa dos Santos		
ENDEREÇO: Rua Antonio Moreira Ramos		
MUNICÍPIO: Regeneração	ESTADO: piauí	CEP:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA DO ATENDIMENTO: 01.02.16	HORA:
-------------------------------	-------

MOTIVO DO ATENDIMENTO/CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Paciente deu entrada no
serviço, após acidente de
trabalho, deu alta no domingo
seguinte.

DIAGNÓSTICO/CID

Transtorno no tornozelo
devido ao acidente de trabalho.

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

Rx do torax e abd. de
em ps e p simp

TRATAMENTOS REALIZADOS

2, VO/ta de 5-01V e 1u
2, AA - 3u
100.000 - 2u
AV, 1

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Consulta Básica.....	(X)	3, Doc. de V. e 250
Aerosol.....	()	Atadura.....
Drenagem de Abscesso.....	()	Luvas Esteréis.....
Retirada de Corpo Estranho.....	()	Bisturi (Lâmina).....
Pequena Cirurgia.....	()	Soro Fisiológico.....
Sutura Simples.....	()	Fios de Sutures, Cat. Gut. Cromado ou Mononylo.....
Terapia Medicamentosa.....	(X)	Gases Esteréis.....
Observação.....	()	Seringas.....
Curativo.....	()	Agulhas.....
Retirada de Ponto.....	()	Anestésicos.....
Pressão Arterial.....	()	
Temperatura.....	()	
Internação.....	()	
Glicemia Capilar.....	()	
Lavagem de Ouvido.....	()	

Assinatura do
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

Assinatura do
Enfermeiro ou Responsável

OBS.:

Adonias Albuquerque Prestes
Médico
CRM 959-PI

DATA:

01/02/16

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Norma Augusta dos Santos



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL DR. FRANCISCO AYRES CAVALCANTE
Praça Pe. Virgílio, 167 - Centro - Fone: 3292-1130 / 1675 • CEP 64.400.000 - Amarante - PI



REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: João Suelley de Suelley
Nome da Mãe: Wendy Suelley de Suelley
Data de Nascimento: 03/12/1960
Endereço: Rua Dr. João de Deus, 167 - Centro
Município: Amarante - PI
Dados Clínicos: Exame de Tumor do
Exames Solicitados: Exame de Tumor do

(MÁXIMO DE TRÊS)

Data: 01/02/16

Adonias Albuquerque Prestes
Médico
CRM 959-PI

Assinatura do(a) Médico(a) solicitante e Carimbo

Obs.: Estes exames são pagos pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.

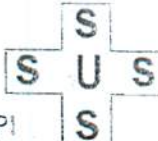


ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO

MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone: 3293-1964 - CEP 64.490-000 - REGENERAÇÃO - PI



TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃONome: João Pradara dos SantosData de Nascimento: 30/12/56Profissão: homem mecânicoCNS: 2042463897700001Hora: 18:351ª Vez () Subsequente (X) Cor: 03Endereço: R. Antônio Moreira Ramos I Gm Ambulatório n. 10Município: Regeneração

História Clínica:

Trauma pé direito, com lesão porExame Físico: Acidente de trânsito, segundo informações do
Paciente.Outros Exames: Vol Hm 75 seg 214

Hipótese Diagnóstica:

Exame ou Tratamento Solicitado:

Data: 31.01.86

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS.: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS E PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

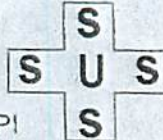


ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO

MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone: 3293-1964 - CEP 64.490-000 - REGENERAÇÃO - PI



TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃONome: João Padua dos SantosData de Nascimento: 30/12/56 Profissão: homem mecânicoCNS: 2041463897700001 Hora: 18:351ª Vez () Subsequente (X) Cor: 03Endereço: R. Antonio Modesto Ramalho S/O Ambulatório n.º 10Município: RegeneraçãoHistória Clínica: Trouxe pé direito.

Exame Físico: _____

Outros Exames: Voltagem 75 100 120

Hipótese Diagnóstica: _____

Exame ou Tratamento Solicitado: _____

Data: 31.01.86

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS.: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS, É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

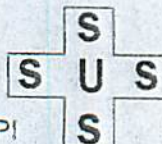


ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO

MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone: 3293-1964 - CEP 64.490-000 - REGENERAÇÃO - PI



TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃONome: João Badura dos SantosData de Nascimento: 30/12/56 Profissão: boniteiro mecânicoCNS: 2042403897700001 Hora: 18:351ª Vez () Subsequente (X) Cor: 03Endereço: R. Antônio Modesto Ramos 1 Sub Amador n. 10Município: RegeneraçãoHistória Clínica: Trauma pé direito, causado porExame Físico: Acidente de trânsito, segundo informações do
paciente.Outros Exames: Vol 75 kg IM

Hipótese Diagnóstica: _____

Exame ou Tratamento Solicitado: _____

Data: 31.01.16

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU INTERESSADO DIGITAL

OBS.: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS E PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

FONE= 999 619436

04186-999619436

04186-998143539



BOLETIM DE OCORRENCIA ALTERNATIVO

Número do B.O :216/2015

Resp. pelo Registro: Maria da Paz Ferreira Araújo

Delegado: Dr. José Tomaz de Aquino Neto

Data: 18/02/2016

Horário: 12h 30 h

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: Delegacia de Polícia Civil de Amarante - PI

Data: 01/02/2016 Horário do Fato: 18:30 h Local: Rua Mariano Francisco Xavier

Bairro: Alto do Balanço Cidade: Regeneração - PI

NATUREZA DO FATO

LESÃO ACIDENTAL NO TRANSITO

NOTICIANTE/VÍTIMA

Nome: JOÃO BARBOSA DOS SANTOS

Nacionalidade: Brasileiro

Naturalidade: Regeneração - PI

Estado Civil: casado Profissão: Torneiro Mecânico Data de Nascimento: 30/12/1956

RG nº: 218441 SSPPI CPF: 008.687.168-47

Filiação: Maria Barbosa dos Santos e Antonio Rodrigues dos Santos

Residente: Rua Antonio Moreira Ramos, nº 10- Bairro São Gonçalinho, Regeneração - PI

VEÍCULO(S) e PESSOA (S) ENVOLVIDO(AS)

Motocicleta Honda 125 FAN, cor preta, ano/mod. 2006, Placa LWE-8002 PI, chassi 9C2JC30706R865287, Renavam 889419809 de propriedade de João Barbosa dos Santos.

LOCALDE ATENDIMENTO MÉDICO

Hospital Dr. Francisco Ayres Cavalcante, Amarante-PI.

NARRATIVA DO FATO

Notícia que no dia 01/02/2016, por volta das 18:30 h, trafegava pela Rua Mariano Francisco Xavier, Bairro Alto do Balanço, Regeneração - PI, conduzindo a motocicleta supracitada, quando derrapou a moto na areia, perdeu o controle da moto, caiu ao solo sofrendo fratura no tornozelo direito; Que foi socorrido e por falta de médico em Regeneração - PI, foi levado ao hospital de Amarante-PI, conforme ficha de atendimento. Era o que tinha a relatar. Era o que tinha a relatar.//////////

DECLARAÇÃO DO INFORMANTE E/OU VÍTIMA

LARO, SOB AS PENAS DA LEI, SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES NESTE ATO PRESTADAS, COMPREENDENDO O QUE ABELECEM OS ARTS. 299 E 340 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.

João Barbosa dos Santos
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

Maria da Paz Ferreira Araújo
Responsável pelo Registro

Mat.: 009615-8



BOLETIM DE OCORRENCIA ALTERNATIVO

Número do B.O :216/2015

Resp. pelo Registro: Maria da Paz Ferreira Araújo

Delegado: Dr. José Tomaz de Aquino Neto

Data: 18/02/2016

Horário: 12h 30 h

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: Delegacia de Polícia Civil de Amarante - PI

Data: 01/02/2016 Horário do Fato: 18:30 h Local: Rua Mariano Francisco Xavier

Bairro: Alto do Balanço Cidade: Regeneração- PI

NATUREZA DO FATO

LESÃO ACIDENTAL NO TRANSITO

NOTICIANTE/VÍTIMA

Nome: JOÃO BARBOSA DOS SANTOS

Nacionalidade: Brasileiro

Naturalidade: Regeneração - PI

Estado Civil: casado Profissão: Torneiro Mecânico Data de Nascimento: 30/12/1956

RG nº: 218441 SSPPI CPF: 008.687.168-47

Filiação: Maria Barbosa dos Santos e Antonio Rodrigues dos Santos

Residente: Rua Antonio Moreira Ramos, nº 10- Bairro São Gonçalinho, Regeneração - PI

VEÍCULO(S) e PESSOA (S) ENVOLVIDO(AS)

Motocicleta Honda 125 FAN, cor preta, ano/mod. 2006, Placa LWE-8002 PI, chassi 9C2JC30706R865287, Renavam 889419809 de propriedade de João Barbosa dos Santos.

LOCAL DE ATENDIMENTO MÉDICO

Hospital Dr. Francisco Ayres Cavalcante, Amarante-PI.

NARRATIVA DO FATO

Notícia que no dia 01/02/2016, por volta das 18:30 h, trafegava pela Rua Mariano Francisco Xavier, Bairro Alto do Balanço, Regeneração- PI, conduzindo a motocicleta supracitada, quando derrapou a moto na areia, perdeu o controle da moto, caiu ao solo sofrendo fratura no tornozelo direito; Que foi socorrido e por falta de médico em Regeneração - PI, foi levado ao hospital de Amarante-PI, conforme ficha de atendimento. Era o que tinha a relatar. Era o que tinha a relatar.//////////

DECLARAÇÃO DO INFORMANTE E/OU VÍTIMA

LARO, SOB AS PENAS DA LEI, SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES NESTE ATO PRESTADAS, COMPREENDENDO O QUE ABELECEM OS ARTS. 299 E 340 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.

João Barbosa dos Santos
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

Maria da Paz Ferreira Araújo
Responsável pelo Registro

Matr.: 009615-8

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE () INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA _____ DATA DO ACIDENTE ____/____/____ POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF _____

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 - () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 - () Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não
 - () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
 - () Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- () **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
 - () CPF da vítima (cópia simples)
 - () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
 - () **Autorização de pagamento** (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 - () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 - () **Comprovações das despesas** (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
 - () **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
 - () CPF da vítima (cópia simples)
 - () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
 - () **Autorização de pagamento** (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () **Certidão de óbito da vítima** – cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
 - () CPF da vítima (cópia simples)
 - () **Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)
 - () **CPF de todos os beneficiários** (cópia simples)
 - () **Comprovante de residência dos beneficiários** (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
 - () **Autorização de pagamento** para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
 - () **Laudo Cadavérico (IML)** – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DE ÚNICOS HERDEIROS (original)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - () Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - () Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail _____ Assinatura _____ Telefone () _____

Data _____

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) _____

Atendente _____ Matrícula _____

Assinatura: _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

identificação no banco.

EXPEDIDO POR _____ EM _____/_____/_____
E

CPF 086871684-7 /CNPJ 00000000-00-00000000-00, PROFISSÃO 7780com E RENDA MENSAL DE R\$ 7500,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VITIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

OPVAT A EFETUAR O CREDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
Conta pessoa jurídica;
Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
Conta -POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

5) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CREDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGENCIA _____ (INCLUA O DIGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 257 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGENCIA _____ (INCLUA O DIGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

____ (INCLUA O DIGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • AGÊNCIA 104 • BANCO

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA E DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

ATENÇÃO 

-O seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

-Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguroprodtransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

 Prefeitura do Município de Teresina SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe		Número da Nota 00000318 Data e Hora de Emissão 22/03/2016 15:48:51 Código de Verificação 71d04384											
PRESTADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: ISRAEL & PAZ LTDA ME CPF/CNPJ: 10.574.313/0001-07 Inscrição Municipal: 101602-4 Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, Nº 174 - BAIRRO CENTRO - CEP: 64001-230 Município: TERESINA UF: PI													
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: JOÃO BARBOSA DOS SANTOS CPF/CNPJ: 008.687.168-17 Endereço: RUA 24 DE JANEIRO, Nº 174 - BAIRRO CENTRO - CEP: 64000-000 Município: TERESINA UF: PI E-mail:													
Descrição: CIRURGIA OFTALMOLOGICA		DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tributável SIM</th> <th>Item</th> <th>Qtd</th> <th>Unitário R\$</th> <th>Total R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>CIRURGIA OFTALMOLOGICA</td> <td>1</td> <td>3000,00</td> <td>3000,00</td> </tr> </tbody> </table>	Tributável SIM	Item	Qtd	Unitário R\$	Total R\$		CIRURGIA OFTALMOLOGICA	1	3000,00	3000,00			
Tributável SIM	Item	Qtd	Unitário R\$	Total R\$									
	CIRURGIA OFTALMOLOGICA	1	3000,00	3000,00									
PIS (0,0000%): R\$ 0,00 COFINS (0,0000%): R\$ 0,00 INSS (0,0000%): R\$ 0,00 IR (0,0000%): R\$ 0,00 CSLL (0,0000%): R\$ 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.000,00											
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00		Base de Cálculo: R\$ 3.000,00 Alíquota: 2,00% Valor do ISS: R\$ 60,00											
OUTRAS INFORMAÇÕES Mês de Competência da Nota Fiscal: 03/2016 Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR Incidência: TERESINA/PI Prestador optante Simples Nacional e sua alíquota é 2,00%. CNPJ: 063050300 Descrição da Atividade: ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS Local de Prestação do Serviço: TERESINA/PI Tributação: TRIBUTAVEL S.N. Serviço: 0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorro, ambulatórios e congêneres. O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA													

00000318

CIXIS=

3160145458

HOSPITAL DE OLHOS

DR. ISRAEL SEVERO
OFTALMOLOGISTA

Consultas, Refração Computadorizada, Lente de Contato e Cirurgia.
CRM-PI 1085 - CPF: 099.702.743-68

Usado

Dado para a
divisão para o
Banco de Santo
RE - 28.441 - PI, 28/01/16
Tramontina, 15/02/16. Compareceu
no dia 01/02/16. Compareceu
para consulta oftalmológica
dia 13/02/16. Com do
cumentos anexos, para a
oculista 7600. Oculista
(Doutoramento de Curitiba,
Foi submetido a cirurgia
de catarata - 40 dias de
IV e dia 13/03/16. Oculista
CRM 1085 - CPF 099.702.743-68
28/01/16